

Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas

Strategic Approach and Therapist Training

Juan Pablo Cruz Fernández*
Universidad Adolfo Ibáñez, Chile

(Rec: 20 noviembre 2008 Acep: 29 abril 2009)

Resumen

El presente artículo pretende entregar una aproximación a la formación de terapeutas, considerando tres niveles de formación. El primero de ellos teórico, que responde a los conocimientos y distinciones del modelo al cual se adscribe cada terapeuta. El segundo corresponde al aprendizaje práctico, que incluye poder tener experiencias significativas de su quehacer. Por último se encuentra el aspecto formativo de su persona, reflexionando en contacto con sus propias conflictivas, motivaciones y recursos, en su hacer clínico. Estos niveles se analizan a la luz de algunas de las actuales concepciones formativas sistémicas. Y posteriormente desde los esfuerzos institucionales para asegurar la calidad de la atención y de acreditación como psicoterapeuta. Finalmente se expone una experiencia en la formación asistencial, desde una asignatura de especialidad, construida desde los últimos 10 años, en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Chile.

Palabras Clave: Terapeuta, formación, supervisión, modelo estratégico

Abstract

The following article provides an approach to therapist development within three main levels. A theoretical one that responds to the knowledge and distinctions of the model to which each of the therapists ascribes. A practical one, that includes the meaningful experiences at his work. Lastly the therapist's own formative aspect related to his conflicts, motivations and resources. These levels are analyzed through actual formative and systemic perspectives, and through institutional efforts to assure quality and therapist accreditation. Finally a public service experience is described, from a specialty course, built within the last 10 years, in the Psychology School of Universidad Central de Chile.

Key Words: Therapist, training, supervisor, strategic approach

* Correspondencia a: Email: jp.cruz@uai.cl; Fono: 3693658.

Introducción

Desde hace más de una década, en el contexto de la especialidad clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad Central, se ha desarrollado una asignatura de atención Infanto-juvenil, desde una mirada Sistémico Estratégica. Se ha buscado generar una asignatura de especialidad, de carácter teórico-práctico, con énfasis en el desarrollo de destrezas terapéuticas, en la medida del tiempo disponible de un semestre para la atención de un caso clínico completo. Las actividades teóricas han sido diseñadas con énfasis en que sean los estudiantes quienes busquen, clasifiquen y reflexionen en torno a la información. A lo largo de esta década se han implementado diversas metodologías, principalmente buscando realizar una formación considerando al estudiante de modo integral.

Una mirada hacia la formación

Uno de los aspectos de relevancia, a la hora de reflexionar acerca de la psicoterapia, es la cuestión de la "Formación del terapeuta". Sin duda creemos que dicha formación es muy relevante a la hora del desarrollo y permanencia de los diversos modelos psicoterapéuticos. Es sabido que dicha formación deberá guardar coherencia, a lo menos, frente a sus propios conceptos de ser humano, definición de problema y cambio, los cuales parecen comunes en el abordaje clínico.

Beatriz Jutorán (1997) propone que podría plantearse un isomorfismo entre el modelo terapéutico y el modelo de formación, en el cual el terapeuta en formación configura su experiencia integrando su sistema emocional, sistema de creencias y su sistema cognitivo. Siguiendo a Jutorán, "la esencia de una formación consiste en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo".

Nos parece importante adelantarnos aquí respecto a que la formación teórico-práctica que a nuestro saber deberá tener un terapeuta, ha sido resaltada y propuesta desde otras perspectivas formativas, como lo son el enfoque de competencias, que aporta a la reflexión considerando el aprendizaje de modo más integral que involucra su saber, su hacer y su querer (Bueno, Morcillo, 1997). Volveremos sobre esto más adelante.

Otro fundamento que avala la necesidad de abordar la formación de terapeutas es la propuesta por la comisión chilena de acreditación de psicólogos clínicos, quienes resaltan la necesidad de recibir una formación desde los aspectos teóricos, es decir, los conocimientos y distinciones teóricas a la base de su hacer, elementos prácticos, como lo son la práctica supervisada de su hacer y la formación de la persona del terapeuta, donde se pretende abordar aquellos aspectos que podrían interferir en su hacer terapéutico, como también

la búsqueda de recursos personales (Reglamento Comisión chilena de Psicólogos Clínicos, 2006).

Hasta ahora nos hemos planteado que la cuestión de la formación en psicoterapia y los procesos de cambio y transformación propios de una psicoterapia. Aquí el terapeuta en formación no sólo abordará la búsqueda de desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también deberá revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán en escena a la hora de interactuar con su paciente.

Desde la visión sistémica, esta formación responderá a ciertas características que, como decíamos, se desprenden de sus postulados principales.

Así, por una parte el proceso formativo deberá abordar, en la persona del terapeuta en formación, aspectos que le permitan ampliar sus recursos. Siguiendo a Claudio Deschamps (2005), acerca de la formación teórico – práctica de los terapeutas sistémicos, propone que a lo menos se deberá, contemplar las siguientes distinciones:

- *Mejorar y ampliar el conocimiento del terapeuta en formación en áreas específicas de su trabajo.* Obtener conocimientos técnicos respecto al trabajo en diversos contextos.

- *Reducir sus distorsiones cognitivas, y al mismo tiempo ampliar sus marcos de referencia,* asumir la necesaria reflexión acerca de las creencias y significados respecto a sí mismo, el cambio, y la psicoterapia. Teniendo oportunidades para cuestionar sus conocimientos y hacer surgir nuevos repertorios.

- *Mejorar sus habilidades como terapeuta,* implementar el uso de recursos como el humor, la improvisación, el trabajo con el cuerpo y la voz, entre otros aspectos.

- *Ayudar al terapeuta en el manejo de casos,* entregándole meta-observaciones, que le permiten una reformulación y por tanto el surgimiento de nuevas formas de concebir su trabajo terapéutico, y sus acciones como terapeuta.

Seguido a esto nos parece pertinente abordar el pensamiento de Milton Erickson, el cual podrá darnos luces respecto a nuestro abordaje acerca de la formación en psicoterapia.

Intentando juntar las ideas respecto a la formación de terapeutas, y la perspectiva de que el proceso terapéutico también es un proceso auto-formativo, trataremos de redefinir aquellos postulados que están a la base del enfoque, tratando de darles una aplicación en el proceso de formación en psicoterapia.

No se puede emprender la aventura de escribir acerca del enfoque estratégico sin hacer previamente un reconocimiento a Milton Erickson.

Erickson emprende un viaje, como es sabido, desde sus experiencias tempranas traumáticas, que permitieron la emergencia de recursos personales, tales como se plasman en su hacer terapéutico.

Para los fines de este artículo, queremos resaltar su mirada estratégica, desde la aplicación en psicoterapia hacia la formación de psicoterapeutas, tratando de reinterpretarlos en torno a la experiencia de formación de terapeutas, es decir, haciendo una analogía entre dichos postulados propios de la psicoterapia, aplicados en el proceso de formación, y cómo éstos pueden arrojar luz sobre el proceso.

Premisas básicas propuestas por Milton Erickson, una mirada desde la supervisión.

Visión constructivista:

Nadie se opondrá a la idea de que cada vez con más fuerza se acepta que el proceso de aprender involucra principalmente a la persona que aprende, así el terapeuta en formación tendrá la tarea de generar significados personales acerca de su quehacer, implicar su identidad en este proceso. Por eso, pensar en una formación en psicoterapia deberá considerar principalmente el diseño de sus actividades, a fin de que el terapeuta en formación pueda tener experiencias tanto teóricas como prácticas, que le permitan generar una imagen de sí mismo en coherencia con su saber hacer. “La formación en psicoterapia surge desde el sujeto formándose, desde sus experiencias emocionales y relacionales” (Nolla María, Palés Jorge y Gual Arcadi, 2002).

Énfasis en el presente

No podemos afirmar que las personas aprenden y se desarrollan con independencia a la experiencia inmediata. El abordaje de la formación ocurre en el momento presente y en un contexto específico. Es el terapeuta en formación quien desde un hacer en el presente podrá reflexionar acerca de su experiencia actual, encontrando recursos personales desde su hacer.

Focalización en los síntomas

Aunque no podríamos afirmar que la formación en psicoterapia sea un “síntoma”, podemos redefinir el término, en cuanto a las dificultades que el formando encuentra en su hacer práctico.

Descubrir las dificultades presentes en la actividad psicoterapéutica, lejos de ser una traba permitiría la posibilidad de reflexionar y reformular aquella dificultad. Aquí el foco estaría en descubrir aquellos significados o atribuciones que genera el formando, acerca de su hacer. Visto de este modo, las dificultades o “síntomas” serían una fuente de recursos.

Terapeuta activo

El rol del supervisor (formador, en su analogía con el rol del terapeuta activo) será precisamente ser el impulsor

del proceso, cuyo protagonista y centro es el terapeuta en formación. El supervisor lo impulsaría a ir “mas allá” de lo que cree es capaz de hacer terapéuticamente. Catalizaría en un presente, en las experiencias de espejo, aquella información que hará que el terapeuta en formación perciba los recursos con que cuenta y cuáles son los límites que se impone a sí mismo.

Énfasis en el cambio

Durante el proceso de formación, será importante que el supervisor pueda instar al terapeuta en formación a valorar y percibir aquellos pequeños cambios, como producto de su hacer. Salir de la seguridad de sus creencias y avanzar hacia la incertidumbre de su quehacer terapéutico siempre cambiante. Así también, el terapeuta en formación intente hacer algo distinto en su hacer. Se sitúe como en agente activo dentro de su formación. Un observador de su hacer, para generar un ser.

Énfasis en el mundo del paciente

Ser terapeuta, a diferencia de otras profesiones, implicará necesariamente el surgimiento de un estilo personal, un hacer que surge desde la persona del terapeuta, sus creencias y características singulares.

Su estilo personal, el resultado de su trabajo, su historia de vida, su etapa del desarrollo, etc., serán parte integrante de su ser terapeuta. El supervisor deberá ser cauto en guiar un proceso que sólo puede realizar el otro por sí mismo. De ahí la importancia de generar un contexto donde se formulen más preguntas que respuestas.

El enfoque estratégico y la formación en psicoterapia

Con base en estos postulados básicos, del pensamiento de Erickson, surge el modelo estratégico, cuya esencia es plasmar los postulados de Erickson en la práctica clínica.

La premisa fundamental de este modelo (estratégico) es que las dificultades surgen a partir de las definiciones que se hacen de los hechos y las conductas que se desprenden de tales creencias, que les dan sentido manteniéndose en verdaderos circuitos relacionales mantenedores del problema. “La clase de problemas que la gente trae a los psicoterapeutas persisten si son mantenidos por el funcionamiento actual de la conducta del paciente, y de los otros con quienes interactúa” (Weakland, Fish, Watzlawic & Bodin, 1974). El enfoque estratégico propone que las dificultades desaparecen cuando las personas pueden ver el problema (su definición) desde otra perspectiva, cuando desde una nueva forma comprensiva se plasma en hacer conductas distintas a las habituales. De este modo, las definiciones de las dificultades son también parte de las dificultades.

Retomando aquí nuestra analogía respecto al proceso de formación, cabe decir que la definición que el terapeuta en formación hace de sí mismo, podría facilitar o entorpecer el surgimiento de una identidad que le permite verse a sí mismo como competente. Es por eso que parte importante de la formación deberá ser una instancia donde el terapeuta en formación se ponga en escena, explorando, definiendo y redefiniendo sus conductas y creencias, respecto a su desempeño terapéutico.

La terapia breve trata de ayudar al paciente (formando para nosotros) a hacer algo diferente, “cambiando su conducta interaccional y/o su interpretación de las conductas y situaciones” (De Shazer, Kinberg, Lipchik, Nunnally, Molnar & Gingerich, 1986), para nosotros, en el contexto de hacer terapia.

Formación en psicoterapia y esfuerzos institucionales

Desde hace una década se ha venido discutiendo la necesidad de reglar acerca de la formación mínima que deberá tener cualquier programa de formación de psicoterapeutas, cuyos lineamientos son propuestos por la Comisión de Acreditación de Psicólogos Clínicos. Entre las razones para proponer una calidad en la atención psicoterapéutica están la diversidad de áreas y modalidades de trabajo terapéutico, que surge desde la diversidad y la proliferación de modalidades de formación, tanto universitarias como de instituciones de estudios de postgrado. La búsqueda institucional, por parte de la comisión chilena de acreditación de Psicólogos clínicos, de asegurar la calidad de la formación y de asumir la responsabilidad ético social de la actividad terapéutica, señala que la formación como terapeuta deberá tomar a lo menos tres niveles de formación.

Una formación teórica, que asegure una coherencia en el actuar terapéutico, así como también una forma de asegurar un lenguaje común que permita representar la experiencia y transmitirla.

Una formación práctica, donde poder aprender desde el hacer, e integrar sus experiencias y reflexiones en una instancia de supervisión clínica.

Una formación de la persona del terapeuta, donde asumir aquellos aspectos diferenciadores, personales y únicos del hacer del terapeuta en formación.

Las resonancias personales, los temores, se aparecen (Reglamento Comisión de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 2006).

A estas alturas creemos adecuado concluir respecto a la necesidad de abordar el proceso de formación en psicoterapia, como un desarrollo que toma a la persona del terapeuta en formación, de modo integral. Hasta aquí, y a través de la literatura científica referida a este tema, surge la recurrencia en que la formación en psicoterapia deberá

tomar tanto niveles teóricos como prácticos, incorporando el proceso personal del formando, sus distinciones, creencias y temores.

Esta manera de integrar los distintos niveles del aprender se ha enmarcado en el concepto de Competencia, del cual ya nos referíamos. Mediante este concepto se intenta definir que el proceso de aprender e incorporar los conocimientos implica la capacidad de “articular y movilizar condiciones intelectuales y emocionales en términos de conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas, necesarias para el desempeño de una determinada función o actividad, de manera eficiente, eficaz y creativa, conforme a la naturaleza del trabajo” (OIT, 2005). En complemento de esta visión integradora tenemos la aproximación de Jacques Delors (1996), donde las personas deberán desarrollar competencias en cuanto a *Aprender a ser*, desarrollar la personalidad para actuar con cada vez mayor capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. *Aprender a saber* y *conocer*, que implicaría conocer la cultura amplia, con la posibilidad de estudiar a fondo algunas materias; y aprender a aprender para poder seguir este proceso a lo largo de toda la vida. *Aprender a hacer*, de manera que se puedan afrontar las diversas (y muchas veces imprevisibles) situaciones que se presenten. *Aprender a convivir*, a vivir juntos, conociendo y comprendiendo mejor a los demás, al mundo y a las interdependencias que se producen a todos los niveles. También es necesario saber trabajar en equipo.

La experiencia de aprender, que implica considerar este complejo proceso de un modo integral, es lo que se conceptualiza como volverse competente.

Una experiencia Formativa, desde una mirada estratégica

“Un hombre va al conocimiento como va a la guerra: bien despierto, con miedo, con respeto y con absoluta confianza. Ir de cualquier otra forma al conocimiento o a la guerra es un error, y quien lo cometa puede correr el riesgo de no sobrevivir para lamentarlo. (...) en tales condiciones, sus acciones pierden la torpeza de las acciones de un necio” (Castaneda, 1994).

Con lo expuesto hasta ahora, el lector descubrirá que la experiencia en la formación clínica, de los estudiantes de quinto año de la especialidad asistencial de la Universidad Central de Chile, trata de abordar, construyendo a lo largo de la última década, un estilo de asignatura que pretende estimular una formación integral, donde el actor principal es en todo momento el estudiante, donde se prioriza el trabajo de equipo y la flexibilidad, entre otras competencias relacionales. “Las competencias interpersonales constituyen un elemento de importancia excepcional en la formación universitaria de cualquier titulación y, por supuesto, en ciencias de la salud” (Banos & Pérez, 2005), promoviendo

la aparición de recursos. De este modo, “Cuanto mayor sea el repertorio de recursos, mayor sería su libertad, plasticidad y creatividad” (Cebeiro, 2006).

La formación, entendida desde la visión que se trató de esbozar aquí, será un proceso que surge desde quien lo busca. La formación sería permitir ese surgimiento, saber como facilitar ese proceso, hacer preguntas, devolver una opinión, pero abierta, creada para hacer crecer.

A continuación se expondrán algunos aspectos del trabajo formativo, en una asignatura de especialidad clínica, desde los aspectos resaltados hasta ahora.

Metodología de la asignatura

Abordaje de aspectos teóricos

1- Lectura dirigida

Los estudiantes deben hacer lectura dirigida. Lo fundamental de esta actividad es producir un lenguaje común. Las distinciones bibliográficas permitirán un intercambio de información. El hecho de tener un lenguaje común facilita la reflexión del caso. La compilación bibliográfica del curso aborda tanto temas del desarrollo infantil y juvenil como también aspectos propios del modelo terapéutico. Dentro de esto último, aspectos y distinciones del proceso terapéutico, maniobras de inicio y cierre, intervenciones, etc.

2- Investigación bibliográfica y presentación de información

En ocasiones se ha instado a los alumnos a la búsqueda de bibliografía acorde o complementaria a los temas que trata el curso, así esta modalidad ha tomado forma de seminarios bibliográficos donde buscar y actualizar temas de atención Infanto-juvenil. Otras veces se ha desarrollado de modo temático, bajo la búsqueda y actualización de metodologías de evaluación o de algún modelo acorde con la modalidad de atención. Ser competente en la búsqueda de información permitirá no sólo la autonomía de aprender, sino que además facilitará la integración de otros contenidos.

3- Trabajo de casos

Esta actividad busca, a través del estudio de casos, hacer que los estudiantes puedan ensayar sus recursos cognitivos en la reflexión grupal de un caso, formularse hipótesis de trabajo, lineamientos de intervenciones futuras, etc. Junto con esto deben poder hacer un diagnóstico diferencial o plantearse la búsqueda de más información. Los estudiantes reciben retroalimentación de su trabajo grupal, el cual realiza la corrección y reformulación de algunos aspectos abordados. Este Aprendizaje llamado Basado en Problemas (ABP), permitiría que los estudiantes puedan, según Galina Kalibaeva, Luis Vitela y José Escamilla (2001), “trabajar en conjunto con sus compañeros de aula para resolver problemas complejos y auténticos que les sirve para desarrollar

tanto sus conocimientos teóricos como sus habilidades de resolución de problemas, razonamiento, comunicación y auto-evaluación”.

Esta metodología constaría de algunos de los siguientes pasos (Myers & Davis, 2001):

1) Analizar las condiciones del problema (escenario). Discutir el escenario del problema dentro de cada equipo. Verificar que se entiende el planteamiento.

2) Hacer una lista de hipótesis, ideas o sugerencias. Estas ideas o hipótesis se verán confirmadas o refutadas conforme avance la investigación.

3) Determinar qué es lo que se sabe. Añadir los conocimientos aportados por todos los miembros del equipo.

4) Determinar qué es lo que no se sabe. Preparar una lista de preguntas que deben ser respondidas para resolver el problema.

Agregaremos que es necesaria la búsqueda de información, entregada como un recurso por la cátedra.

Se trata de proponer una situación desafiante, es decir, significativa para quien la recibe, a través de una pregunta o cuestionamiento. Se espera que los terapeutas en formación puedan hacer uso de sus conocimientos y búsqueda de conocimientos, al servicio de la resolución de casos reales y significativos. Aquí se busca estimular la pro actividad y la autogestión. Si bien su promoción no estaría enmarcada en una asignatura de formación clínica, creemos que es posible que dichos aspectos sean estimulados, y creemos en apoyar dichos procesos.

4- Presentación clínica

Con base en el trabajo de atención en espejo (del cual nos referiremos más adelante), los estudiantes deben realizar una presentación clínica, con base a la ficha clínica propuesta por Hirsch y Casablanca (1992), siendo exigido un lenguaje técnico adquirido a través de la bibliografía del curso y acorde con la solemnidad del acto clínico. La presentación deberá contener un marco teórico, que fundamente tanto la conceptualización de caso, las hipótesis generadas en coherencia con las intervenciones realizadas y planificadas. Buscando mejorar la presentación del trabajo realizado, los estudiantes reciben una pauta, donde se explicitan los puntos que se espera encontrar (ver anexo C).

5- Construcción de fichas clínicas

Una manera de organizar la información, dicho sea información relevante para este modelo, se les pide a los estudiantes que construyan en equipo la ficha clínica (ver anexo D).

Esto nos permite como equipo docente realizar reflexiones en torno a maniobras estratégicas del manejo clínico. Así con el ejercicio del llenado de fichas, los estudiantes van adquiriendo distinciones fundamentales, como diferenciar queja de motivo de consulta, identificar los intentos de solución y las atribuciones de significado que se les dan a los comportamientos del paciente índice.

Hacer estas distinciones es, a nuestro juicio, una manera de acceder a esta modalidad breve de tratamiento y sus principios más básicos.

Abordaje de aspectos prácticos

“Los terapeutas tienen que saber lo que no se debe hacer, y lo que los clientes han estado haciendo es por lo general la ilustración más clara de lo que no hay que hacer” (de Shazer, 1991).

6- Atención en espejo

Los estudiantes, en grupos de 16 personas, más un profesor desarrollan, durante todo el semestre, actividades de atención de equipo terapéutico en espejo. Esta actividad está principalmente diseñada para que los estudiantes puedan observar un proceso terapéutico completo. Durante cuatro sesiones de trabajo en equipo previas al comienzo de la atención, se abordan las expectativas y principales temores que se generan en el equipo (ver anexo A), aspectos formales como asistencia completa, distribución de tareas dentro del equipo, etc. Una vez constituido el equipo de trabajo, se reparten roles para cada participante. Los roles se van alternando entre los miembros del equipo, a fin de que todos puedan observar y registrar niveles de observación (ver anexo 2).

El equipo de atención, durante la primera sesión, pacta con el sistema consultante las condiciones y metodologías de la atención, esto es, la condición de trabajo en espejo, el eventual grabado de las sesiones, la duración de las sesiones y del proceso, entre otros aspectos que surgen desde la particularidad de cada sistema que consulta y que busca. Este contrato de atención y consentimiento informado será a su vez un hilo conductor de pautas, métodos y formas a seguir (Cebeiro, 2002).

Desde la perspectiva de este artículo, diremos que la actividad en espejo, principalmente la supervisión, representan un plus en la formación, tanto para el modelamiento de conductas como la posibilidad de entrenamiento en vivo. Para Arist Schlippe y Jochen Schweitzer (2003), “la supervisión sistémica de casos facilitaría la reflexión continua, pero principalmente su exposición ante otros terapeutas le permitiría reflexionar sobre su hacer, lo que nosotros facilitamos desde el trabajo en espejo”, que no sólo ha podido potenciar tratamientos, sino que representa un recurso en la formación, principalmente para la actividad de supervisión (Navarro & Beyerbach, 1995).

Schlippe y Schweitzer, J (2003), afirman que la actividad de intervenir en espejo representa una oportunidad donde “el supervisor y el grupo de supervisión observan el asesoramiento, e intervienen en el proceso por medio de observaciones o propuestas”, las cuales se enmarcan en una reflexión en el presente.

7- Niveles de observación

Dentro de los roles que se designan a los integrantes del equipo están los de observación. Aquí se han establecido algunos registros que tienen por objeto nutrir el trabajo de reunión clínica y análisis del caso, también se espera que los integrantes puedan desarrollar destrezas perceptivas (ver anexo B).

8- Análisis del caso

Los estudiantes del equipo clínico, luego de la hora de atención, deben reunir la información que observaron otros miembros del equipo. El ejercicio de integrar estos niveles de observación, no sólo enriquece el estudio del caso que se aborda, sino que es una oportunidad de entrenamiento en la integración de la información del sistema consultante. Junto con este proceso, se busca organizar la información recolectada y actualizada en la ficha de atención clínica. La organización de la información clarifica el proceso terapéutico, permitiendo realizar distinciones fundamentales, como son conceptualizar el caso, identificar los significados atribuidos a las conductas problema del paciente índice, analizar los intentos de solución, que permitirá a su vez comprender cual es la concepción del problema. En esta instancia se pone en juego el trabajo de equipo, los estudiantes han adquirido conocimientos diversos y muchas veces se han aventurado en la elección de la perspectiva terapéutica a la cual se adscriben. Desde este espacio de trabajo, y desde una mirada sistémica estratégica, el esfuerzo consiste en integrar las miradas, co-construyendo una intervención que permita explorar las observaciones y distinciones que expresan los estudiantes, así como también integrar alguna intervención venida desde otro modelo, que surge desde el sentido que da al proceso terapéutico el estudiante. Así, una intervención cualquiera puede ser una buena forma de observar un funcionamiento familiar.

9- Desarrollo de la persona del terapeuta

Esta parte de la asignatura corresponde al aspecto más personal del trabajo, se busca abordar los procesos internos en la persona del terapeuta en formación. La reflexión, entonces, se centra en a lo menos dos niveles. El de aquellas creencias y atribuciones al propio desempeño, como también aquellas resonancias que evoca el caso clínico atendido. La persona del estudiante, que va rumbo a ser terapeuta, pasa primeramente por su identidad, por eso que esta instancia favorece la aparición de recursos personales. El trabajo desde las resonancias personales permitirá que el terapeuta en formación pueda acceder a su propia experiencia de vida, sus recuerdos, su historia de significados. La experiencia de supervisión, entonces, requiere el acompañar este proceso, estimulando al estudiante a seguir más allá, proponerse cambios, conocer y valorar sus recursos. El facilitar verse a sí mismo, en la escena de la atención terapéutica, permitirá el surgimiento de un saber personal, un estilo que surge de sí mismo. El desafío del supervisor será cuidar la creatividad y el estilo personal, a fin de promover el crecimiento desde la autocrítica. Es permitir su reflexión

sin cuestionamientos ni análisis acerca de lo que es correcto, esto permitirá construir una historia de su hacer “sumando abstracciones que le posibilitarían conformar estructuras conceptuales, siendo estas mismas, las que dibujarían un mapa determinado de su realidad” (Ceberio, 2006).

Discusión

La experiencia que se relata se ha plasmado desde el trabajo de equipo, donde han participado académicos, terapeutas supervisores y estudiantes.

Principalmente el foco de trabajo pasó desde estar centrado mayoritariamente en el saber teórico hacia el aprender haciendo, donde el proceso personal se vuelve fundamental. Considerar el desarrollo de actividades prácticas, si bien nos parece presente en otras experiencias formadoras, no deberá confundirse con el desarrollo de la persona, con sus procesos personales.

Creemos que la aproximación estratégica representa una fortaleza, al promover el surgimiento de destrezas desde los recursos y distinciones del terapeuta en formación. Los postulados teóricos de este modelo nos llaman a concebir el proceso de formación de terapeutas, desde la perspectiva del formando, su individualidad, historia de significados, recursos personales. El supervisor es activo en facilitar la puesta en escena del alumno. Sólo ahí podrá comprender y decidir respecto a este quehacer.

El término de la reflexión aquí expuesta, que trata de dar cuenta de lo realizado en la promoción de destrezas terapéuticas en estudiantes de psicología, nos lleva a la convicción de que nuestro hacer puede ser un aporte para otras experiencias académicas. De igual manera ha significado un aporte al desarrollo personal y profesional de un gran grupo humano, que apoyando esta metodología en distintos momentos, han sido parte del equipo docente.

(anexo E).

Referencias

- Alexim, J. & Brígido, R. (2003). *Avance Conceptual y Metodológico de la formación profesional en el campo de la diversidad en el trabajo y de la certificación profesional*. Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Secretaría de Políticas Públicas de Empleo del Ministerio de Trabajo y Empleo (MTE), de Brasil. www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/doc/otros/glosario.pdf (Recuperado en julio 2007).
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Banos, J. & Pérez, J. (2005). Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Revista de Educación Médica*, 8. http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000500006-&lng=es&nrm=iso (Recuperado en julio 2007).
- Bueno, E. & Morcillo, P. (1997). *Dirección por competencias básicas distintivas: Propuesta de un modelo de competitividad integral y evidencia empírica*. Documento IADE n° 51. <http://www.iade.org/contenido.asp?idM=601&idP=6011&idB=1> (Recuperado en julio 2007).
- Bueno, E. & Morcillo, P. (1997). Management of technology: proposal for a diagnosis model, *Journal of High Technology Management Research*, 8, 63-89.
- Castaneda, C. (1994). *El don del águila*. Gaia Ediciones: España.
- Castaneda, C. (1974). *Las enseñanzas de don Juan*. México: Fondo de cultura económica.
- Castro, S. (2005). *De la inducción a la conversación*. Apuntes de clases, Magister Sistemico Estratégico, Universidad Adolfo Ibáñez (Capsis 2005).
- Ceberio, M. (2002). *La formación del estilo del terapeuta*. www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/16.pdf, (Recuperado en mayo 2006).
- Cebeiro, M. (2002). *El contrato terapéutico*. <http://scholar.google.es/scholar?q=FORMACION+DE+TERAPEUTAS&hl=es&lr=&start=30&sa=N> (Recuperado en mayo 2007)
- Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. UNESCO. http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF (Recuperado en julio 2007).
- Des Champs, C. (2001). *Entrenamiento y supervisión: Un acercamiento Teórico-práctico*. <http://www.redsistemica.com.ar/formacion3.htm> (Recuperado en mayo 2006).
- De Shazer, S., Kinberg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A. & Gingerich, W. (1986). *Family Procces*. 25, 207-222.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Gendlin, E. (1998). *A Process Mode*. En www.focusing.org (Recuperado en mayo 2007).
- Hirsch, H. & Casablanca, R. (1992) *Como equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Editorial Universidad del Litoral.
- Jutorán, Beatriz (1997). Formación en Psicoterapia. En: Fernández Álvarez (Ed). *Desarrollos en psicoterapia*. (1997). Argentina: Editorial Belgrano, pp. 72-73.
- Keeney, B. (1992). *La improvisación en Psicoterapia*. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- Moreno, J. (2006). *El aprendizaje de ser terapeuta*. www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/16.pdf (Recuperado en junio 2006).
- Myers, R.J., Davis, H.B., & Botti, J.A. (2000). *Using Problem-Based Learning in Support of Online Teacher Professional Development*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association meeting, New Orleans, LA.
- Navarro, J. & Beyerbach, M. (1995). *Avances en Terapia Familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Nolla M., Palés J. & Gual, A. (2002). Desarrollo de las competencias profesionales, *Educación Médica*, 5, 76-81.
- Reglamento Comisión de Acreditación de Psicólogos Clínicos, Documento Colegio de Psicólogos, www.colegiopsicologos.cl (Recuperado en mayo 2006).
- Schön, D. (1998). *El Profesional Reflexivo: Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. España: Editorial Paidós.
- Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2003). *Manual de terapia y asesoría sistémica*. Barcelona. España: Editorial Herder.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlawic, P. & Bodin, A. (1986). *Family Procces* 13, 141-168.

ANEXOS

Anexo A

A continuación se exponen algunos de los temores y expectativas que formulan los estudiantes al inicio de la cátedra:

“Tengo interés por el tema - conocimientos de clínica y conocer el trabajo con niños”

“Por lo que me han contado, ésta será una experiencia llamativa”

“Trabajar con niños es esperanzador”

“Quiero conocer herramientas para el cambio”

“Podré pasar el susto por lo que viene”

“Espero aprender saber cosas prácticas”

“Espero saber como desarrollar un hacer terapéutico”

“Me da susto porque es práctico”

“Me gustan los niños, es un desafío trabajar con familias”

“Adquirir herramientas para el cambio de las personas”

“Poder pasar de la primera entrevista y saber qué hacer en la continuidad de una terapia”

“Me motiva el trabajo en grupo”

“Poder ser más tolerante”

Anexo B: Distinciones de observación para los miembros del equipo de atención

1.	Diferenciar entre queja y comunicación de situaciones problemas (qué es lo que desea resolver)
2.	Congruencia entre la comunicación digital y la analógica.
3.	Registrar párrafos textuales, para obtener palabras, términos, estilos de comunicación del sistema consultante con relación a la queja. Ej: tonta, no puedo, es irresponsable, etc.
4.	Ocuparse de que el(la) terapeuta obtenga una descripción de las conductas subyacente a los significados atribuidos (a lo visto en punto 3)
5.	Creencias, actitudes ante la vida del sistema consultante.
6.	Si son más de una persona atendida, anotar relación entre ellas, estilo de comunicación, jerarquía y cómo regulan esta jerarquía.
7.	Ocuparse de que la paciente realmente conteste la pregunta. Que no se pase a otro tema sin haber contestado la pregunta.
8.	Hacer mapas, por ejemplo, genogramas de la familia.
9.	Ocuparse de que se obtengan todas las soluciones intentadas frente al motivo de consulta.
10.	Pautear la entrevista según el árbol de decisiones entregado.
11.	Realizar preguntas que ayuden a obtener la información solicitada.

Anexo C: Pauta de preparación y evaluación de la reunión clínica

Aspectos teóricos 35%	<p>Marco Teórico Acorde (relacionado con al menos una de las posibilidades de analizar el caso)</p> <p>Con relación al punto anterior: selección de los planteamientos más relevantes del autor, de modo que haga comprensible la propuesta teórica de éste.</p>
Aspectos Prácticos 40%	<p>Presentación genograma (éste debe cumplir con los acuerdos de la presentación de un genograma)</p> <p>Orden de la información que deje claro el problema (presentación del sistema consultante, queja, información alrededor de la queja, motivo de consulta)</p> <p>Presentación del problema congruente con el marco teórico entregado (integración de la teoría al caso presentado, de modo que quede claro que el equipo comprende bien el caso desde esta "lectura")</p> <p>Organización de las sesiones con objetivos claros (señalados el número de sesiones, debe quedar claro que cada sesión ha tenido un objetivo, señalar los resultados de la sesión con relación al objetivo y los cambios en las orientaciones del caso justificando estos cambios)</p> <p>Intervenciones (señalar desde qué sesión se realizaron intervenciones, objetivo de las mismas, resultados, reflexiones de las mismas. Las intervenciones deben estar alineadas con la "lectura" del caso)</p> <p>Proyecciones y planificación futura</p>
Trabajo en Equipo 10%	<p>Organización del equipo previa a la presentación: activos, autónomos, participación de todo el equipo</p> <p>Aportes del equipo durante la presentación (se valora el aporte de las personas que no han presentado, de modo que refleje el trabajo en equipo)</p>
Presenta ción 15%	<p>Uso de medios gráficos o actoriles (éstos deben ser esquemáticos, dinámicos, precisos, claros y agradables a la vista. Los apoyos no deben contener largos escritos.</p> <p>No lectura, debe ser explicativa y dinámica.</p> <p>Uso del tiempo</p> <p>Orden, ausencia de fallas producto de poca preparación</p>

Anexo D: Fichas utilizadas en sesión.

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

Nombre:
 Edad:..... años. / Teléfonos:
 E.Civil:
 Ocupación:
 Domicilio:.....
 Derivante:..... Fecha:.....
 Terapeuta:

Grupo de convivencia:

	Nombre	Rol	Edad	E. Civil	Actividad y horarios
1
2
3
4
5

Otros significativos:

1.....
 2.....
 3.....

- ¿Quién llamó para pedir la entrevista?..... Fecha.
- ¿Quiénes son citados?
- ¿Quiénes concurren a la entrevista?

Observaciones:

- 1) Queja inicial
- 2) Por qué ahora
- 3) Motivo de Consulta
- 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo).....
- 5) Qué hace -o quisiera hacer y no hace- como consecuencia del problema
- 6) Soluciones Intentadas
 - a) Por el paciente identificado:
 - b) Por los otros:
 - c) Exitosas:
 - se mantienen
 - no se mantienen

- ¿Por qué fueron abandonadas?
-
- 7) Tratamientos anteriores:
-
- a) Qué sirvió
- b) Qué no sirvió
- 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes
-
- 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas
-
- 10) Motivación:
- a) Qué objetivos busca al consultar
-
- b) Qué espera que haga el terapeuta
-
-
- 11) Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles
-
- 12) Descripción del circuito (diagnóstico)
-
- 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste
-
- 14) Objetivo del Terapeuta (segmento a cambiar)
- 15) Intervenciones del terapeuta y primera reacción del consultante
- a) Reformulaciones:
- b) Prescripciones o sugerencias:
-
- c) Indicações de tipo de tratamiento y sus razones:
-
- 16) Predicciones
-
- 17) Estrategia a seguir
-
- 18) Quiénes son citados para la próxima sesión:
- 19) Número de sesiones previstas: Número de sesiones realizadas:

FICHA DE SESIÓN

SESIÓN N°:

TERAPEUTA:

FECHA:

CONSULTANTE:

PERSONAS QUE ASISTEN:

1) ESTADO DEL MOTIVO DE CONSULTA EN LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA

(En relación a sesión anterior y meta pactada)

Cliente lo percibe: Mejor () Igual () Peor ()

OBS:

2) RESPUESTAS A INTERVENCIONES DE SESIÓN ANTERIORa) Comentarios textualesb) Las Reformulaciones

Entraron ()

- Por aceptación () Parcial ()

- Por rechazo () Total ()

- Sustituida por ()

otra análoga

Rebotaron ()

c) Las Sugerencias y/o Prescripciones

Entraron ()

- Por aceptación () Parcial ()

- Por rechazo () Total ()

- Sustituida por ()

otra análoga

Rebotaron ()

d) Otros cambios

.....

3) CLIMA MOTIVACIONAL INICIO SESIÓN

PACIENTE

TERAPEUTA

a) *Grado de esperanza*

- Alto ()

- Medio ()

- Escéptico ()

a) *Grado de esperanza*

- Alto ()

- Medio ()

- Escéptico ()

b) *Disposición a la influencia terapéutica*

- Alta ()

- Media ()

- Baja ()

b) *Disposición a seguir interviniendo*

- Misma dirección ()

- Otra dirección ()

- Deseo de interrupción ()

OBS:

4) RESPUESTA DEL TERAPEUTA A LA INFORMACIÓN PRECEDENTE

(Qué dice o hace)

.....

5) EJE TEMÁTICO DE LA SESIÓN

.....

6) SE DECIDE MODIFICAR (especificar la modificación, fundamentar)

- Meta mínima
- Motivo de Consulta
- Objetivo del terapeuta
- Diagnóstico

OBS:.....

7) INTERVENCIONES PRINCIPALES

Respuesta inmediata a:

a) Reformulaciones

..... Entró () Rebotó ()

b) Sugerencias

..... Entró () Rebotó ()

c) Prescripciones

..... Entró () Rebotó ()

d) Otras

..... Entró () Rebotó ()

Estas intervenciones ¿Implican Cambio de dirección?: Sí () No ()

8) CLIMA MOTIVACIONAL DEL CIERREPACIENTEa) *Grado de esperanza*

- Alto ()
- Medio ()
- Escéptico ()

b) *Disposición a la influencia terapéutica*

- Alta ()
- Media ()
- Baja ()

TERAPEUTAa) *Grado de esperanza*

- Alto ()
- Medio ()
- Escéptico ()

b) *Disposición a seguir interviniendo*

- Misma dirección ()
- Otra dirección ()
- Deseo de interrupción ()

OBS:.....

9) PREDICCIONES

a) Estado Motivo de Consulta (meta mínima)

.....

b) Otras respuestas a las intervenciones

.....

10) PLANIFICACIÓN

- a) En qué insistir:
- b) Qué evitar:

c) Qué decir/hacer diferente. Nuevas intervenciones:

.....

11) Personas Citadas Próxima Vez**Anexo E**

Nomina de Psicólogos que han apoyado, con una mayor permanencia, el desarrollo de este programa, entre el año 1996 y el 2007.

Ps. María Amelia Barrera
Ps. Juan Pablo Cruz
Ps. Sandra Oltra
Ps. Mauricio Cuevas
Ps. Claudette Oliva
Ps. Álvaro Pallamares
Ps. Francisco Oliva
Ps. Francisco Jaime
Ps. Carolina Ángel
Ps. Gastón Araya